

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1920-1921. — N° 149.

De la Propagation
des
Tumeurs ovariennes malignes
à l'appendice iléo-cæcal

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 février 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri VERGER

né à Mâcon, le 13 août 1890.

MACON

IMPRIMERIE GÉNÉRALE X. PERROUX & FILS

28, rue de la République, 28

—
1921

De la Propagation
des
Tumeurs ovariques malignes
à l'appendice iléo-cœcal

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1920-1921. — N° 149.

De la Propagation
des
Tumeurs ovariques malignes
à l'appendice iléo-cœcal

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

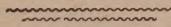
Et soutenue publiquement le 11 février 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri VERGER

né à Mâcon, le 13 août 1890.



MACON
IMPRIMERIE GÉNÉRALE X. PERROUX & FILS
28, rue de la République, 28

—
1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. LEPINE.....DOYEN.
X.....ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique.....	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique.....	FABRE
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.....	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	LANNOIS
Chimie biologique.....	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.....	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ
Anatomie.....	MOREL
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU
Physiologie.....	GUIART
Pathologie interne.....	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	POLICARD
Anatomie pathologique.....	DOYON
Médecine opératoire.....	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND
Médecine légale.....	PAVIOT
Hygiène.....	VILLARD
Thérapeutique.....	ARLOING (F.)
Pharmacologie.....	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE (A.)

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.....	VALLAS
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN
Chimie minérale.....	BARRAL
Accouchements.....	COMMANDEUR
Urologie.....	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	PATEL
Botanique.....	BRETIN
Embryologie.....	HOVELACQUE
Stomatologie.....	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	GARIN	DUROUX	CORDIER
BRETIN	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
TAVERNIER	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
CADE	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des fonctions.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PAVIOT, Professeur, *Président* ; CONDAMIN, Professeur adjoint, *Assesseur* ;
MM. LERICHE, et COTTE, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON GRAND-PÈRE

Ma seule ambition est de lui ressembler.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Bien faible hommage de profonde affection et de tendresse infinie. Jamais je ne saurai m'acquitter assez envers eux de la reconnaissance que je leur dois pour leur vie toute de travail, d'abnégation et de dévouement.

A MES FRÈRES RENÉ ET GEORGES

A MA BELLE-SŒUR

Je les unis tous les trois dans un même sentiment de profonde tendresse.

A CEUX QUE J'AIME

A MON ONCLE LE DOCTEUR L. DUBIEF

Chevalier de la Légion d'honneur

Il a toujours été pour moi un guide
bienveillant et sûr. Qu'il veuille bien
trouver ici l'expression de ma bien
affectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CLUZET

Professeur de Physique médicale à la Faculté de Médecine

A MONSIEUR LE DOCTEUR PALLASSE

Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES

Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR BADIN

En témoignage de vive gratitude pour
les soins qu'ils m'ont prodigués au
cours d'une récente maladie.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAVIOT

Professeur d'Anatomie pathologique

Médecin des Hôpitaux

Il a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse; nous lui en sommes
profondément reconnaissant.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERTIN

Chirurgien des Hôpitaux

Il nous a inspiré l'idée de ce travail
Nous n'oublierons jamais la bien
veillante avec laquelle il nous a ac-
cueilli et les conseils précieux qu'il
nous a prodigués.

Qu'il veuille bien accepter l'honi-
mage de notre grande reconnais-
sance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ADJOINT CONDAMIN

Qu'il veuille bien accepter nos vifs re-
merciements pour les conseils qu'il
nous a si obligeamment donnés et
pour les renseignements qu'il a bien
voulu nous communiquer.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX

INTRODUCTION

Depuis les travaux de Waldeyer, en Allemagne; de Malassez, de Quénu et de Poupinel, en France, on admet que les tumeurs de l'ovaire, connues en clinique sous le nom de kystes non dermoïdes de l'ovaire, sont, au point de vue histologique, des tumeurs épithéliales, des épithéliomas.

Déjà Delpech, de Montpellier, avait, au nom de la clinique, il y a plus de 90 ans, rapproché, au point de vue de leur évolution, quelques tumeurs kystiques de l'ovaire, du cancer.

Leur malignité n'est cependant pas la règle. Telle tumeur ovarienne restera bénigne alors que telle autre dégénérera et aura un caractère évolutif opposé.

Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins vrai que, malgré la fréquence de leur bénignité clinique, les tumeurs ovariennes kystiques, étant d'origine épithéliale, sont capables de récidives et quelquefois de généralisation.

Les observations de récidive sur l'ovaire opposé sont nombreuses. Celles de généralisation ne le sont pas moins.

Ces métastases peuvent toucher presque tous les or-

ganes et intéresser, suivant le cas, le péritoine, l'estomac, la plèvre, le foie, l'intestin grêle, le rectum, l'utérus, les poumons, la vessie, la rate, le ligament large. Poupinel, dans sa thèse, note que le péritoine est touché le plus souvent : 61 fois sur 116 cas, alors que les plèvres ne le sont que 12 fois et l'utérus 10, les autres cas se répartissant avec une fréquence plus ou moins grande sur les autres organes. Pourtant il en est un qui, malgré le voisinage de la tumeur primitive, n'est que très rarement le siège d'une généralisation : c'est l'appendice.

Nous avons pu réunir quelques cas d'une semblable propagation des tumeurs malignes de l'ovaire à l'appendice iléo-cœcal.

Ils sont intéressants à étudier à plus d'un titre. En dehors du fait qu'ils sont très peu signalés dans la littérature médicale, ils tirent leur intérêt du mécanisme même de la propagation du processus cancéreux, et posent à ce sujet la question des relations anatomiques entre l'ovaire et l'appendice et celle de la solidarité pathologique de ces deux organes.

Nous étudierons successivement l'une et l'autre. Nous rechercherons s'il n'existe pas des connexions vasculaires appendiculo-ovariennes pouvant expliquer, en dehors de leurs relations de voisinage, la fréquence de l'atteinte simultanée des deux organes par les différents processus morbides.

Nous essaierons ensuite de montrer leur dépendance pathologique réciproque.

Puis nous aborderons l'étude anatomo-pathologique de ces tumeurs malignes de l'ovaire propagées à l'appendice. Après avoir étudié leurs caractères macroscopiques

piques, nous examinerons leurs caractères histologiques en cherchant si l'on peut fonder un pronostic certain de malignité sur leur seul aspect microscopique.

Dans un quatrième chapitre nous passerons en revue leur symptomatologie et leur évolution clinique. Nous verrons alors si leur évolution est assez particulière pour faire présager leur malignité et leur tendance à la généralisation.

Après avoir formulé brièvement les quelques indications thérapeutiques qui ont semblé résulter de cette modeste étude, nous apporterons à l'appui de nos conclusions les quelques observations que nous avons pu recueillir soit dans la littérature médicale, soit grâce à l'extrême obligeance de M. le docteur Albertin et à la grande bienveillance de M. le professeur adjoint Condamin.

Et peut-être, alors, nous sera-t-il permis de ne pas paraître trop prétentieux en apportant, pour terminer cette monographie, des conclusions qui tenteront de répondre aux questions posées par la propagation des tumeurs malignes de l'ovaire à l'appendice :

A quelles variétés histologiques appartiennent ces tumeurs?

Quelle est la voie suivie par ces métastases? Y a-t-il simplement propagation de proche en proche du processus néoplasique ou bien généralisation par voie lymphatique?

Quelle est la symptomatologie de ces tumeurs malignes?

Quelle thérapeutique instituer?

CHAPITRE PREMIER

Rapports anatomiques entre les Ovaires et l'Appendice.

Nous étudierons les rapports anatomiques entre les ovaires et l'appendice spécialement à trois points de vue. Nous examinerons tout d'abord leurs relations de voisinage, puis nous chercherons à élucider la question de savoir s'il existe entre eux des communications vasculaires et des communications lymphatiques.

L'appendice possède, dans les deux sexes, une direction le plus souvent descendante. (Dans 37 0/0 des cas, d'après Bérard, cité par Dormoy dans sa thèse; dans 32 0/0 des cas, d'après Barnsby.) Chez la femme, cette position basse est encore favorisée par la forme plus évasée du bassin, par la pression du corset qui refoule vers le pelvis la masse intestinale, et enfin par le relâchement des replis péritonéaux à la suite de l'accouchement.

Dans cette situation, l'appendice repose, au-dessous du cœcum, sur la partie interne de la fosse iliaque où il se trouve en rapport : en arrière, avec le psoas droit dont il

est séparé par le *fascia iliaca*, le tissu sous-péritonéal et le péritoine, les vaisseaux utéro-ovariens et les vaisseaux iliaques externes; en dedans, avec la masse de l'intestin grêle; en dehors, avec le fond du cœcum; enfin, en avant, à sa partie supérieure avec la paroi abdominale antérieure et parfois avec quelques anses grêles, à sa partie inférieure, fréquemment (dans 30 0/0 des cas, d'après Robinson), avec la face postérieure du ligament large, de l'ovaire et de la trompe droite.

D'après Clado, les rapports entre l'ovaire droit et l'appendice seraient encore plus intimes, et ces deux organes seraient reliés entre eux par un repli péritonéal falci-forme à concavité supérieure, partant le plus souvent du méso-appendice pour aller se continuer avec le bord supérieur du ligament large. On peut le mettre en évidence en relevant le vermis. D'après cet auteur, il serait constant.

Lafforgue ne l'a trouvé que dans 20 0/0 des cas. Barnsby, par contre, après des recherches sur 126 sujets, n'en admet pas l'existence; mais il a trouvé quelquefois un prolongement de l'insertion iliaque du mésentère (ligament inférieur du cœcum). Ce repli peut descendre sur le flanc droit de la cavité pelvienne et venir jusqu'au bord supérieur du ligament large. Bérard, sur 33 sujets; Souligoux, sur 200, arrivent à des conclusions identiques. Telle est également l'opinion de Guillard et de Freund. Second et Fueth le rangent parmi les anomalies.

Il est admis pourtant par Brösicke, Waldeyer, Nagel, Martin, Lockwood, Tixier et Viannay.

Hasse, Schultze et Vallin le considèrent comme un

repli péritonéal unissant le pavillon de la trompe et l'extrémité externe de l'ovaire droit au milieu de la paroi latérale du détroit supérieur.

Durand, qui a particulièrement bien étudié la question, s'il n'a pas retrouvé le ligament unilatéral appendiculo-ovarien tel que l'a décrit Clado, a vu d'une façon à peu près constante un repli assez analogue, venant le plus souvent du méso-appendice et quelquefois de la partie terminale de l'iléon ou du péritoine cœcal, et représentant le reste de la voie péritonéale suivie par les organes génitaux internes dans leur descente depuis la région lombaire, berceau du corps de Wolf, jusqu'à la partie moyenne de l'excavation pelvienne, leur siège définitif. Il lui a donné le nom de ligament ilio-ovarien. Rouget le nomme ligament rond supérieur. Ce reste de méso est bilatéral; à gauche il constitue un repli ovarosigmoïdien. Il se retrouve dans les deux sexes, mais chez l'homme il se réduit à un petit repli qui croise les vaisseaux iliaques et se perd dans le bassin. Chez le fœtus il est d'une grande netteté et existe toujours.

Dans son épaisseur cheminent l'artère utéro-ovarienne et le paquet veineux qui l'accompagne, ainsi que les lymphatiques qui, de l'utérus et de l'ovaire, se rendent aux ganglions lombaires.

D'après ce que nous venons de voir, il semble bien qu'on rencontre souvent le ligament ilio-ovarien Durand et que le ligament de Clado ne se voit qu'assez rarement.

La possibilité de son existence n'en est pas moins très intéressante, car cet auteur y a trouvé des lymphatiques reliant l'appendice vermiforme à l'ovaire. Tixier et Viannay, de leur côté, ont rencontré plus récemment,

dans un cas clinique, un ganglion situé dans l'épaisseur du ligament appendiculo-ovarien de Clado au point où ce repli péritonéal se sépare du méso-appendice. Ce ganglion était très vraisemblablement un relai placé sur le trajet des lymphatiques de l'appendice qui, par le ligament de Clado, entraient en communication avec ceux de l'ovaire et de l'utérus. Telle doit être également la signification du ganglion dont il est parlé dans l'observation III.

Nous devons cependant signaler que Poirier n'a jamais constaté l'existence de cette anastomose.

D'autre part, il est intéressant de noter que Lockwood, qui a fort bien étudié les différentes voies suivies par les lymphatiques de l'appendice, en a décrit deux particulièrement intéressantes à notre point de vue. La première passe le long du ligament appendiculo-ovarien et se rend à l'ovaire, confirmant ainsi la description qu'en avait fait Clado huit ans auparavant et celle qu'en donnèrent Tixier et Viannay un an plus tard. La seconde voie relie les lymphatiques de l'appendice aux ganglions situés le long du bord interne du côlon.

Il peut donc y avoir ainsi communication lymphatique entre l'ovaire droit, l'appendice et le côlon.

Il ne semble pas impossible non plus que, par l'intermédiaire des réseaux lymphatiques des trompes et du réseau lymphatique utérin sous-séreux, il puisse exister, dans certaines conditions, une communication entre l'ovaire gauche et les lymphatiques appendiculaires. Des anastomoses ont été, en effet, décrites par Poirier entre les lymphatiques de l'utérus et ceux de l'ovaire. Brunhs, par contre, n'a pu les retrouver.

Heaton pensait qu'il y avait également des anastomoses jetées entre la circulation appendiculaire et les vaisseaux ovariens droits. Cott et Krüger ont signalé une artère cheminant dans le ligament de Clado et gagnant l'appendice. Les recherches de Corming et surtout celles de Rosthorn ont amené ces auteurs à des conclusions diamétralement opposées.

En résumé, l'ovaire droit et l'appendice ont très fréquemment des rapports de voisinage; ils peuvent être réunis par un repli péritonéal et avoir des connexions lymphatiques, mais par contre leurs circulations sont complètement distinctes. En outre, il n'est pas impossible qu'il puisse y avoir communication par les vaisseaux blancs entre l'ovaire gauche et le vermis.

CHAPITRE II

Solidarité pathologique des Ovaires et de l'Appendice.

L'existence d'un lien anatomique entre l'appendice et les annexes peut expliquer les rapports pathologiques des organes pelviens de la femme avec le vermis cœcal.

Il y a une trentaine d'années, la coexistence des affections appendiculaires et des maladies annexielles était considérée comme une coïncidence fortuite. Mais devant la multiplication de semblables observations, le fait d'une relation de cause à effet s'est peu à peu imposé.

De nombreux chirurgiens ont signalé la plus grande fréquence des lésions inflammatoires appendiculaires dans les cas d'annexite que dans ceux d'annexes saines, montrant bien le retentissement des lésions annexielles, dans un certain nombre de cas, sur l'appendice. Parmi eux, il faut citer Wigin et Cœ, Hunter, Robb, Reuben, Peterson, en Amérique; Barnsby, Hartmann, Besson, Segond, Faure et Legueu, en France. Hartmann, notamment, s'est attaché à l'étude de cette question. Il a

montré que s'il est fréquent d'observer des annexites avec péri-appendicite secondaire, on peut également voir des appendicites avec péri-annexite, par réaction péritonéale dans les deux cas. En cas de lésions suppurées, il se peut que les annexes de l'appendice, offrant des lésions de même nature, soient contenues dans un seul bloc purulent. On a même vu des cavités appendiculaires et salpingiennes communiquer librement l'une avec l'autre. Mais, en général, l'aspect des lésions n'est pas le même sur les deux organes, l'un d'eux ne présentant que des lésions de surface : péri-appendicite dans le cas d'annexite primitive, péri-salpingite lorsque l'appendice est le premier touché par le processus inflammatoire.

Pour interpréter les faits précédents, on a tout d'abord trouvé leur première raison d'être dans le voisinage topographique et mieux dans le contact immédiat de l'appendice et des annexes, contact immédiat possible soit à l'état normal par descente de l'appendice en situation pelvienne, soit par ascension des annexes sous l'influence d'une tumeur pelvienne. On a invoqué également le ligament appendiculo-ovarien et le tissu cellulaire sous-péritonéal. Mais, en général, et Hartmann l'a bien démontré, la migration inflammatoire se fait par la voie séreuse proprement dite. Dans le cas d'une annexite primitive, par exemple, dès que la lésion existe elle provoque de la péri-annexite puis de la pelvi-péritonite plus ou moins étendue et tout aussitôt naissent des fausses membranes. Celles-ci gagnent l'appendice, le fixent et l'englobent par des adhérences qui l'emprisonnent, soit partiellement, soit en totalité. Cette

capture de l'appendice par les fausses membranes d'origine annexielle a pour conséquence première des lésions de surface de la séreuse alors que la muqueuse, la sous-muqueuse et la musculieuse sont saines. C'est là la première phase de la propagation.

Ainsi tirailé, fixé, coudé par des adhérences, troublé dans sa nutrition, l'appendice voit peu à peu dépérir ses fonctions phagocytaires de défense. La péri-appendicite d'origine annexielle en a fait une proie toute désignée aux exaltations virulentes microbiennes de toute nature. C'est ainsi que naît la deuxième phase, celle de l'appendicite vraie, et selon le degré de la virulence de l'agent infectant, d'une part, et celui des infériorités défensives de l'appendice, d'autre part, on aura affaire tantôt à une appendicite secondaire aiguë, suppurative ou gangréneuse, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, à une infection torpide aboutissant à la longue à l'appendicite chronique scléreuse.

Les mêmes phénomènes peuvent s'observer aussi nettement en sens inverse sous la forme suivante : appendicite initiale, capture des annexes par les fausses membranes, puis péri-salpingite et salpingite proprement dite.

Dans les deux cas, la séreuse péritonéale seule est en jeu : c'est par son intermédiaire qu'a lieu la propagation inflammatoire.

Le tissu cellulaire sous-péritonéal, qui met en relation de continuité le tissu cellulaire du méso-appendice avec celui du ligament large et du paramètre, paraît ne jouer un rôle vecteur qu'à l'occasion de fusées purulentes pelviennes d'origine appendiculaire.

Lapeyre a signalé, d'autre part, que l'appendicite

chronique s'accompagne souvent chez la femme de dégénérescence scléro-kystique des ovaires.

Par ailleurs, de nombreux auteurs ont noté la coïncidence des attaques appendiculaires avec la période menstruelle. Bérard et Vignard relatent le cas d'une fillette qui eut sa première attaque d'appendicite en même temps que ses premières règles. Quénu et Le Gendre admettent la fréquence de ce fait. En général, tous les auteurs s'occupant des affections du vermis notent leurs corrélations avec la période menstruelle. Parmi eux on peut citer : Legueu, Jalaguier, Delagénère. Ce dernier croit même pouvoir reconnaître une certaine régularité dans ces coïncidences, les douleurs annexielles se déclanchant à la fin, les crises appendiculaires au début de la période. Soupault et Gouast parlent de vagues sensations désagréables qui, en ce cas, commenceraient quelques jours avant la menstruation pour se perdre avec l'apparition de l'hémorragie cataméniale.

Dans le cours de son exercice chirurgical gynécologique, M. Albertin a eu plusieurs cas de coexistence de poussées appendiculaires fébriles se produisant au moment de la période menstruelle, et de telle façon qu'il a fallu intervenir même chez des jeunes filles (3 observations). Dans ces cas il a été nécessaire de pratiquer l'ablation de l'appendice et des annexes du même côté, le tout étant enrobé par des adhérences avec de petits foyers infectieux au niveau de l'appendice, mais avec forte réaction annexielle.

Cette dysménorrhée appendiculaire peut s'expliquer facilement par la congestion de tous les organes pelviens et de l'appendice voisin pendant la menstruation.

Cette congestion provoque des douleurs par l'irritation du vermis pour peu qu'il soit malade et le siège de phénomènes infectieux. Mais, dans bien des circonstances, la congestion est encore augmentée par les tiraillements qui s'exercent sur l'appendice au moment de la période menstruelle par l'intermédiaire d'adhérences qui s'établissent entre l'ovaire et lui. Inversement, l'irritation de l'appendice pourra amener une hyperémie des organes du bassin, suivie quelquefois de pertes de sang. Une observation de Dartigues signale une fistule cœco-appendiculaire ayant donné lieu à des métrorragies et à des ménorragies pendant un an.

Tels sont, brièvement indiqués, les modes de propagation des phénomènes inflammatoires, infectieux ou congestifs de l'appendice aux annexes et vice versa.

Etudions maintenant comment l'on peut expliquer la propagation des tumeurs ovariennes primitives à l'appendice iléo-cœcal.

Nous ne parlerons pas ici des métastases des cancers du tube digestif aux ovaires. Elles ont été bien étudiées par un grand nombre d'auteurs. Notamment, Biet et Paviot, Condamin, Flaissier, Gouilloud, Laroyenne, Bosquette, Leriche, Tixier, Walther, Metzger, Begouin, Massabuau, Etienne, etc., en France; Krunkenberg, Stickel, Krauss, Schlagenhauser, Gobiet, en Allemagne, se sont occupés spécialement de cette question. La plupart d'entre eux arrivent à cette conclusion : que si une tumeur ovarienne bilatérale et une tumeur intestinale coexistent, il y a bien des chances pour que la tumeur ovarienne soit secondaire. Ils admettent néanmoins la possibilité d'une éventualité contraire, mais en signalent

la rareté. Nous n'envisagerons au contraire que ces cas peu fréquents et, en particulier, les métastases appendiculaires des néoplasmes de l'ovaire, qui sont alors, en général, unilatéraux.

Les tumeurs ovariennes peuvent se généraliser, comme chacun sait, de la même façon que les autres cancers, soit par la voie veineuse, soit par la voie lymphatique. Elles possèdent cependant un mode de propagation particulier dont elles usent fréquemment : la greffe. De là vient la prédominance des généralisations au péritoine sur toutes les autres métastases. Les cellules épithéliales tombées dans la cavité péritonéale sont vivantes, ainsi que le prouvent les phénomènes de multiplication du noyau et de segmentation observés dans ces cellules. Ces cellules vivantes se greffent en différents points du péritoine, suivant en cela les procédés de greffe employés dans les laboratoires pour l'étude expérimentale du cancer. Elles y forment des plaques néoplasiques qui, fournissant elles-mêmes de nouveaux éléments infectants, pourront arriver à recouvrir toute la séreuse. Une fois implantées en un point, elles se multiplient rapidement, poussent des prolongements dans la profondeur et se propagent de proche en proche. Pour peu qu'une de ces plaques cancéreuses se trouve au voisinage de l'appendice ou de son méso, le vermis sera facilement atteint à son tour. Cette propagation néoplasique sera d'autant plus facile que les rapports de l'ovaire droit et de l'appendice sont fréquents et souvent rendus plus intimes encore par le volume de la tumeur ovarienne et par des adhérences plus ou moins serrées. Telle doit être, à notre avis, la voie suivie par la propagation à

l'appendice de la tumeur ovarienne dans les cas relatés par nos observations VI, VII et VIII.

Au contraire, dans les observations I, II, III, IV, V, que nous rapportons plus loin, le processus cancéreux n'a manifestement pas eu recours à ce mode de généralisation. Le péritoine, en effet, était indemne de toute greffe d'origine ovarienne. La propagation a dû nécessairement suivre l'une des deux voies, lymphatique ou veineuse. Or, nous avons vu que les connexions vasculaires sanguines, reliant l'ovaire à l'appendice iléo-cœcal, n'existent pas. Force est donc d'admettre que, seuls, les lymphatiques ont servi de passage aux cellules cancéreuses venues de la tumeur ovarique, d'autant que nous savons que les épithéliomas se propagent le plus habituellement par l'intermédiaire des vaisseaux blancs. Bien mieux, l'existence de quelques ganglions atteints par le processus pathologique, situés au voisinage du méso-appendice, que l'on trouvera signalés dans l'observation III, nous permet de préciser exactement la voie empruntée par la métastase cancéreuse. A n'en pas douter, cette propagation s'est faite grâce aux communications lymphatiques directes appendiculo-ovariennes, les ganglions situés sur leur trajet restant une preuve tangible du chemin parcouru par les éléments de généralisation.

Il est logique de penser également, lorsque l'on se trouve en présence d'une métastase appendiculaire tirant son origine de l'ovaire gauche, que les cellules cancéreuses ont suivi le même parcours après avoir cheminé dans les réseaux sous-séreux des trompes et de l'utérus.

En effet, comment expliquer autrement que par une métastase par voie lymphatique l'extension du processus néoplasique de l'ovaire gauche à l'appendice, alors qu'il n'y a aucun rapport de contiguité entre les deux organes? Barbet, Hoaler, Lenander et Leroy citent, il est vrai, des observations où l'appendice malade a été trouvé adhérent aux annexes gauches. Mais presque toujours alors le cœcum était à gauche. Tel n'est pas le cas de notre observation VII. Dans celle-ci, il existe, il est vrai, deux greffes péritonéales : l'une sur le péritoine pariétal postérieur, l'autre sur le ligament large. Mais est-ce suffisant pour expliquer la propagation de proche en proche du processus néoplasique? Non, à notre avis. Dans ce cas particulier, la greffe du ligament large n'a servi que d'intermédiaire, de trait d'union entre l'ovaire gauche et l'appendice. Les cellules cancéreuses, une fois implantées à ce niveau, ont pu facilement gagner la profondeur et tomber dans la lumière des vaisseaux lymphatiques. Ceux-ci se sont alors chargés de les véhiculer jusqu'à l'appendice par la voie appendiculo-ovarienne.

En résumé, nous voyons que nombreux sont les cas où l'extension du cancer s'est faite en premier lieu par greffe péritonéale, celle-ci atteignant finalement l'appendice en se multipliant de proche en proche par contiguité. Nos observations VI, VII et VIII que nous aurions pu faire suivre de nombreuses autres semblables et dans lesquelles un envahissement néoplasique par greffe localisée sur le péritoine ou sur un autre organe voisin avait eu lieu, en font foi. Cette propagation est, sans doute, facilitée encore par les néoformations lymphatiques des adhérences qui, dans la plupart des cas,

réunissent assez intimement la tumeur ovarique au vermis. Peut-être même se fait-elle directement par cette voie.

Cependant, il reste certain que, dans quelques cas, peu nombreux il est vrai, et dont la rareté peut sans doute être mise sur le compte de la faible fréquence de la disposition anatomique étudiée par Clado, la généralisation de la tumeur de l'ovaire à l'appendice se fait par l'intermédiaire des communications lymphatiques reliant directement ces deux organes, sans que l'on soit obligé de recourir à l'hypothèse douteuse d'une métastase à contre-courant. Elle se trouve confirmée par l'existence de ganglions cancéreux situés sur leur trajet (observation III) et par l'absence de greffe néoplasique péritonéale (observations I, II, III, IV, V):

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

Des examens microscopiques qui furent faits à l'occasion des tumeurs malignes de l'ovaire ayant envahi secondairement l'appendice et dont nous rapportons ci-après les observations, il semble résulter que deux variétés histologiques se rencontrent plus particulièrement : l'épithélioma mucoïde et les tumeurs végétantes. Sur 8 observations, nous trouvons 4 épithéliomas mucoïdes et 4 tumeurs végétantes. Quoique un nombre aussi restreint de cas ne permette guère de faire un pourcentage, on peut cependant dire grossièrement que la première variété se voit aussi fréquemment que la seconde. A vrai dire, elles sont très voisines.

Epithéliomas mucoïdes. — Les épithéliomas mucoïdes peuvent acquérir d'assez grandes dimensions. Ils constituent des tumeurs ayant une forme ovoïde à petite extrémité inférieure. Leur surface est irrégulière et présente des bosselures plus ou moins nombreuses et plus ou moins considérables. Leur consistance est, en gé-

néral, molle, mais on retrouve quelquefois des points plus résistants.

De même que dans les kystes ovariens, on trouve, à la coupe des épithéliomas mucoïdes, de nombreuses cavités de dimensions très irrégulières contenant un liquide épais et gélatineux. Leur paroi est essentiellement constituée par une couche fibro-vasculaire interposée entre deux couches d'épithélium.

L'épithélium de la surface est cubique, celui de la surface interne est formé de cellules cylindriques, dont quelques-unes à cils vibratiles, et d'un grand nombre de cellules caliciformes surmontant une couche endothéliale. On y voit souvent d'autres cellules hypertrophiées, déformées, superposées, métatypiques en un mot, dénotant une malignité particulière de la tumeur. Sur d'autres points, les cellules caliciformes ne sont plus exactement fixées sur les travées fibreuses limitant les cavités alvéolaires; elles sont séparées par une couche plus ou moins épaisse de mucus, si bien qu'elles semblent suspendues dans un liquide plus ou moins consistant.

Ailleurs, un grand nombre de cellules cylindriques sont rompues, vidées de leur contenu ou devenues, au contraire, complètement rondes, semblables à de gros blocs de mucine sans noyau.

Dans certains cas, le tissu conjonctif circonscrit de loin en loin les masses transparentes et molles d'aspect gélatiniforme. Ces masses peuvent même dépasser en nombre les cavités existant déjà et faire croire à un kyste aréolaire dont chaque cavité serait remplie de substance colloïde. Il n'en est rien cependant, car les

cavités à contenu colloïde manquent d'épithélium de revêtement, tandis que les véritables cavités kystiques en possèdent toujours un. Quelquefois, ces blocs de substance colloïde ne sont séparés des kystes que par leur épithélium de revêtement qui, presque toujours, finit par céder, soit mécaniquement, soit par dégénérescence.

Le liquide contenu dans les cavités kystiques est gélatineux, adhérent et plus ou moins concret, formant parfois des blocs de gelée tremblotante. On y retrouve quelques éléments figurés, dont la plupart sont des cellules épithéliales en dégénérescence, quelques fibrilles de tissu conjonctif et des leucocytes.

Quant à l'appendice, il apparaît extrêmement augmenté de volume, atteignant quelquefois le diamètre du cœcum avec lequel, le plus souvent, il ne communique plus, sa lumière étant obstruée au niveau de son implantation sur lui, soit par le processus néoplasique, soit par des adhérences. Son extrémité libre est presque toujours rattachée à la tumeur ovarienne par des adhérences qui, suivant les cas, sont plus ou moins intimes, plus ou moins serrées. Le vermis est rempli par une masse gélatineuse, épaisse, qui surdistend sa cavité. Elle est en tous points semblable à celle trouvée à l'intérieur de la tumeur de l'ovaire. Du reste, l'examen histologique révèle les mêmes formations caractéristiques qu'au niveau de l'épithélioma d'origine.

Tumeurs végétantes. — Les tumeurs végétantes sont, en général, moins volumineuses que les épithéliomas mucoïdes. Elles ont une forme arrondie et sont plus ou

moins recouvertes d'amas de végétations papillomateuses blanc rosé. A la coupe, tous ces bourgeons laissent échapper une substance gélatiniforme très visqueuse, comparable à de la gelée de coings. L'ensemble de la tumeur est creusé de plusieurs loges où prolifèrent de même des végétations néoplasiques de même aspect que les végétations superficielles. Toutes les cavités contiennent également une substance gélatineuse abondante.

À l'examen histologique on voit, séparés par des lacunes ou des cavités kystiques, un grand nombre d'îlots irréguliers de néoformation ayant la constitution suivante : un épithélium cylindrique polymorphe avec papilles enveloppant un tissu muqueux très développé.

L'épithélium de surface est très variable d'aspect. Par place, il est cylindrique et à une seule couche de cellules, le noyau est volumineux et de forme ronde ou ovoïde, le protoplasma granuleux. Un certain nombre de ces cellules subissent la transformation muqueuse et prennent une forme sphérique ou caliciforme, en même temps que leur contenu se déverse dans les cavités kystiques. En d'autres points, on aperçoit des cellules hypertrophiées et déformées.

Entre les couches épithéliales on peut trouver un tissu embryonnaire, très abondant, qui occupe le centre de chaque îlot néoplasique. Ce tissu soulève par place l'épithélium en lui donnant la forme papillaire et bourgeonnante.

Le tissu conjonctif soutient directement l'épithélium. Il loge des vaisseaux peu développés, en général se présentant sous la forme d'un réseau de capillaires à larges

mailles entre lesquelles on peut trouver des cellules très volumineuses, semi-transparentes, fusiformes et anastomosées par de nombreux prolongements, et quelquefois aussi des cellules rondes et petites et quelques fibres élastiques.

L'appendice est très augmenté de volume et présente l'aspect de battant de cloche. On retrouve à son niveau des néoformations identiques à celles montrées par l'examen histologique de la tumeur ovarienne.

Ainsi qu'on le voit par ce rapide exposé, les tumeurs ovariennes pouvant présenter un certain degré de malignité sont, en général, des épithéliomas mucoïdes ou végétants, variétés, à la vérité, assez rapprochées. Elles sont très voisines des kystes de l'ovaire et, comme le dit de Sinéty, il est presque impossible de tracer une ligne de démarcation précise entre les kystes et les cancers ovariens. Presque toujours, du reste, ce sont des kystes végétants ou bien des kystes ayant subi la transformation colloïde. Parfois, c'est le tissu conjonctif de la paroi kystique qui prolifère, donnant ainsi lieu à une tumeur sarcomateuse, mais c'est une éventualité qui ne se réalise que rarement. Le plus souvent, il s'agit d'une dégénérescence épithéliomateuse. Elle se signale par la prolifération des cellules et la production de bourgeons épithéliaux plus ou moins nombreux, ou par la transformation colloïde des cellules épithéliales.

L'examen histologique nous fixera sur ce point et nous dira si nous avons affaire à une tumeur bénigne ou à une tumeur maligne. Cet examen devra être fait dans toute l'étendue de la tumeur, car la dégénérescence maligne peut être très circonscrite et échapper aux

recherches partielles. Cependant, il ne faut pas demander au microscope un diagnostic évolutif certain, car il peut se trouver en défaut. Il arrive, en effet, quelquefois, qu'il y a désaccord entre la clinique et l'histologie, et que telle tumeur, classée par celle-ci comme bénigne, se montre maligne, alors que telle autre, présentant les caractères microscopiques de malignité, évolue avec une lenteur qui en fait presque disparaître les caractères suspects.

Il n'en reste pas moins vrai, malgré l'obscurité qui entoure encore la question de la malignité des tumeurs ovariennes, que si tous les épithéliomas mucoïdes ou végétants ne sont pas cliniquement malins, du moins la plupart des tumeurs malignes de l'ovaire ressortissent à ces deux classes de néoplasmes, et que ce sont elles que nous retrouvons dans les cas de propagation du processus cancéreux à l'appendice iléo-cœcal.

CHAPITRE IV

Symptomatologie. — Evolution. — Diagnostic.

Les tumeurs de l'ovaire propagées à l'appendice ont une symptomatologie extrêmement voisine de celle des kystes ovariens.

La tumeur peut avoir un début insidieux, comme dans l'observation VII, rester latente pendant très longtemps et être parfaitement tolérée ou, au contraire, prendre un développement rapide, ainsi qu'en témoigne l'observation III, et amener ainsi à une intervention. Fréquemment, l'attention de la malade est attirée, du côté de l'abdomen, par des douleurs névralgiques localisées aux territoires des nerfs abdomino-génitaux, cruraux ou obturateurs, et provoquées soit par de la péritonite adhésive, soit par la surdistension de la tumeur. Lorsque celle-ci atteint des dimensions importantes, on peut voir tous les troubles de compression habituels rencontrés dans les kystes de l'ovaire : hémorroïdes, œdème des membres inférieurs ou de la vulve, troubles gastro-intestinaux, ceux-là surtout assez marqués,

troubles dyspnéiques ou cardio-vasculaires (observation VIII).

De même, il est fréquent de retrouver la maigreur du visage avec l'exagération des saillies musculaires et osseuses, les rides frontales, les yeux excavés, les lèvres pincées et les narines dilatées, constituant ce que l'on a coutume de désigner sous le nom de facies ovarien. Objectivement, la percussion, la palpation, le toucher vaginal, le toucher rectal nous feront reconnaître la présence d'une tumeur abdominale plus ou moins mobile, présentant tous les signes physiques d'un kyste de l'ovaire.

Le diagnostic de malignité sera, dans ces conditions, extrêmement difficile à établir. L'ascite n'est pas un signe de certitude, car on peut la rencontrer aussi dans les kystes simples anciennement tordus et qui, précisément par leurs adhérences, leur dureté, leurs bosselures, peuvent faire croire à une transformation néoplasique. D'ailleurs, aucune de nos 8 observations ne signale la présence d'une ascite nette, la sensation de flot et la matité dans les flancs coïncidant toujours avec la rupture de la tumeur et l'épanchement de son contenu dans la cavité abdomino-pelvienne.

Certains auteurs, notamment Denucé, de Bordeaux ; Leser et Müller, de Munich, signalent, dans quelques cas, l'apparition des nævi de Trélat sur la partie de la peau correspondant à l'organe atteint et l'appliquent au diagnostic de la malignité des tumeurs ovariennes ; mais c'est là, à notre avis, un symptôme extrêmement rare et sur lequel il serait difficile de compter.

Le mauvais état général, le facies ovarien ne donnent

pas non plus de renseignement, car les kystes bénins peuvent donner lieu à une cachexie extrême. A ce sujet, Lejars avoue n'en avoir jamais rencontré de plus profonde que celle d'une malade qu'il opérât *in extremis*, en quelque sorte, d'un énorme kyste multiloculaire compliqué d'ascite et qui, depuis dix ans, jouit d'une santé parfaite.

Quelquefois, cependant, l'accroissement brusque, au moment de la ménopause, d'un kyste jusque là bien toléré, coïncidant avec l'apparition de douleurs et d'un amaigrissement notable, peut être d'une signification assez importante. La malignité de la tumeur pourra être soupçonnée si le palper et le toucher font reconnaître, dans l'abdomen ou le bassin, des masses et des nodosités de consistance inégale. Il faudra également se méfier de la réunion des symptômes suivants : rapidité de l'amaigrissement et de la cachexie, adhérences multiples et œdème de la paroi abdominale sans relation avec le volume de la tumeur. L'apparition d'une pleurésie attirera également l'attention. Enfin, l'examen cytologique du liquide kystique, et plus rarement du liquide ascitique, pourra fournir un léger appoint au diagnostic.

Si le diagnostic de malignité est très difficile, celui de généralisation à l'appendice est encore plus malaisé. Dans quelques cas, très rares, le toucher vaginal et le toucher rectal, combinés à la palpation abdominale, permettront de reconnaître une tumeur surajoutée dans la fosse iliaque droite, à condition qu'elle soit bien isolée de la tumeur ovarienne. Cette recherche sera grandement facilitée si, comme dans l'observation III, la tumeur ovarique a déjà été enlevée. Mais il ne faut pas se

dissimuler que ce diagnostic précis reste une éventualité problématique si l'on songe que, dans la plupart des cas que nous signalons, des adhérences unissaient intimement les deux organes, si l'on songe surtout combien il est facile de confondre une tumeur iléo-cœcale avec une tumeur de l'ovaire droit. Sambon rapporte, dans sa thèse, une observation de M. Monod, où un cancer iléo-cœcal fut pris, par deux professeurs différents et après de longs examens, pour un cancer de l'ovaire droit. Et, de fait, dans aucune des 8 observations que nous relations, la tumeur appendiculaire n'a été perçue, si ce n'est dans l'observation III, où l'ablation de l'ovaire avait été fait antérieurement, et encore, dans ce cas, on penchait plutôt pour une récurrence *in situ*.

Il convient cependant de signaler que les symptômes gastro-intestinaux sont, en général, plus accentués que ceux produits par la simple compression. Ce fait pourrait peut-être, dans certaines conditions, attirer l'attention du côté de l'appendice.

En résumé, la symptomatologie ne paraît pas, dans nos observations, avoir été bien modifiée par la généralisation à l'appendice de la tumeur ovarique. Le diagnostic exact n'a jamais été fait et il est à penser que, dans des cas identiques, il ne sera fait, le plus souvent, qu'à la façon de Lawson Tait, c'est-à-dire au cours de la laparotomie.

Le pronostic dépendra de l'éventualité d'une intervention.

CHAPITRE V

Indications thérapeutiques.

Le diagnostic de propagation d'une tumeur maligne de l'ovaire à l'appendice n'étant pour ainsi dire jamais fait, c'est au cours d'une intervention dirigée contre une tumeur ovarique ayant pris un grand développement, ou étant l'origine de crises douloureuses, d'une cachexie profonde, ou de troubles divers, que l'on s'apercevra de l'atteinte du vermis par le processus néoplasique.

A ce moment, la seule conduite rationnelle à tenir est l'ablation de la tumeur ovarique et la résection de l'appendice. Cette intervention pourra mettre la malade à l'abri de la continuation de l'extension à l'appareil intestinal du processus de généralisation. Et, de fait, on obtient quelquefois (observation II) de très longues survies de plusieurs années après l'ablation de la tumeur principale.

Les tumeurs annexielles réservent parfois d'agréables surprises, et l'on peut voir, par exemple, d'énormes

tumeurs végétantes ovariennes, semblant avoir envahi tout l'abdomen, et pour lesquelles l'exérèse de la masse principale avait été la seule chose possible, être suivies de guérison. De même, si la présence d'une généralisation à l'appendice n'améliore sûrement pas le pronostic, du moins l'évolution des suites post-opératoires éloignées sont tellement différentes et si surprenantes quelquefois par leur résultat satisfaisant durable, qu'il y a lieu de ne rien négliger pour faire, après l'ablation des grosses tumeurs, la toilette péritonéale des points de greffe ou de généralisation.

Il faudra cependant faire des réserves pour le pronostic d'avenir qui, même dans l'éventualité d'une extirpation complète et facile, reste naturellement douteux en présence de l'épithélioma démontré.

L'intervention donnera quelquefois des résultats excellents; en tout cas, elle sera toujours utile, même dans le cas de greffe péritonéale, car elle amène souvent des améliorations assez longues et des survies assez durables pour être pleinement justifiée.

En résumé, ablation de la tumeur primitive ovarienne, ablation de l'appendice, c'est la conduite à tenir dans les cas très particuliers que nous avons envisagés.

Il est admis, à l'heure actuelle, qu'il ne faut jamais oublier, au cours d'une laparotomie, d'explorer l'appendice et qu'il faut en faire l'ablation, non pas seulement lorsque ses lésions sont indéniables, mais aussi toutes les fois que son intégrité paraît simplement suspecte, et même lorsque cet organe, tout en étant sain, paraît prédisposé à l'infection, soit par sa longueur insolite, soit par des coudures ou par une disposition spiroïde. Il

paraît intéressant de signaler aussi qu'un assez grand nombre de chirurgiens l'enlèvent préventivement et d'une façon systématique, sans se soucier du rôle excitomoteur qu'il paraît avoir sur la musculature intestinale. Nous pensons avec eux qu'en cas de tumeur ovarique il y a lieu de faire, en même temps que l'ablation de la tumeur, l'appendicectomie à titre préventif, pour soustraire le vermis à la propagation possible du processus néoplasique. Au surplus, dans ces cas, il sera assez rare de le trouver absolument sain.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

Nous avons classé nos observations en deux groupes. Le premier comprend les observations I, II, III, IV et V, et correspond à des tumeurs malignes de l'ovaire propagées à l'appendice, sans greffe péritonéale. Le second est constitué par les observations VI, VII et VIII, dans lesquelles on voit coexister, avec la propagation néoplasique appendiculaire, des points de greffe sur le péritoine ou des noyaux de généralisation localisés sur d'autres organes de la cavité abdomino-pelvienne.

Enfin, nous avons cru intéressant de rapporter, dans l'observation IX, un cas de généralisation à l'intestin d'une tumeur végétante de l'ovaire qui, bien que ne se rapportant pas exactement au sujet de notre étude, s'y rattache néanmoins par le côté histologique.

OBSERVATION I

Epithélioma mucoïde de l'ovaire droit, avec généralisation à l'appendice iléo-cæcal.

(Observation due à l'obligeance de M. le D^r ALBERTIN.)

PLANCHE I.

Mme R., de Vienne (Isère), 55 ans. Pas de maladies antérieures. Réglée à 13 ans, normalement. 3 enfants, le dernier il y a 28 ans. Veuvée depuis 1891. Ménopause à 40 ans.

En 1918, la malade remarqua que son ventre grossissait, mais n'y prêta pas attention.

En mars 1919, crises douloureuses abdominales et troubles gastro-intestinaux. En avril de la même année, la malade, présentant de l'incontinence d'urine, se décide à consulter.

16 mai 1919. — A l'examen, on trouve un abdomen considérablement augmenté de volume. La palpation, la percussion, ainsi que le toucher vaginal combiné avec le palper abdominal, font faire le diagnostic de tumeur ovarienne droite.

Intervention 21 mai 1919. — A la laparotomie, on trouve une volumineuse tumeur ovarique droite reliée par des adhérences à l'appendice considérablement augmenté de volume. On fait facilement l'ablation de la tumeur de l'ovaire et on résèque l'appendice à sa base.

L'examen macroscopique de la pièce montre que l'on a affaire à une tumeur mucoïde de l'ovaire droit renfermant une sorte de gelée tremblotante formant de gros blocs semi-solides. L'appendice est distendu par un liquide très consistant, gélatineux, en tous points semblable à celui de la tumeur primitive ovarique.

La planche I, mieux que toute description, donne une idée exacte de la pièce.

OBSERVATION II

Epithélioma mucoïde de l'ovaire droit généralisé à l'appendice.

(Observation due à l'obligeance de M. le D^r ALBERTIN.)

PLANCHE II

Mme X..., de Valloires, 50 ans, très obèse, présente depuis plusieurs mois, en 1895, des accidents de compression : œdème des membres inférieurs, douleurs abdominales, dyspnée et des troubles gastro-intestinaux assez accusés. Son abdomen a augmenté progressivement de volume. Actuellement, il est énorme.

A l'examen, on trouve une tumeur abdominale liquide d'un volume considérable et dont la surface est bosselée. On pense à une tumeur de l'ovaire. Pas de matité dans les flancs.

Intervention. — A l'intervention, on trouve une tumeur ovarique droite dont l'ablation se fait assez facilement. En l'extériorisant, on amène une autre tumeur située sur le côté externe de la première et reliée à elle par des adhérences. On s'aperçoit qu'il s'agit de l'appendice. Il a le volume d'un gros œuf de poule et il est le siège d'une généralisation de la tumeur ovarique. On le résèque au niveau de son insertion cœcale. Le cœcum, qui paraît sain, est fermé par une triple suture.

En examinant macroscopiquement la pièce, on se rend compte que l'on a affaire à une tumeur mucoïde de l'ovaire. L'appendice, considérablement hypertrophié, la reproduit exactement par une similitude de ses parois et du liquide gélatineux qu'il renferme.

Suites éloignées. — La malade a été suivie pendant quelque temps. Elle a guéri complètement.

Huit ans après, elle a succombé à une pneumonie, sur la nature de laquelle nous n'avons aucun détail.

OBSERVATION III

Récidive d'un kyste végétant de l'ovaire droit sur le cæcum et l'appendice; 2° récidive à la paroi abdominale; 3° récidive au sternum et au cerveau.

(Observation due à l'obligeance de M. le professeur adjoint
CONDAMIN.)

Mme O..., 24 ans, état de santé assez bon dans l'enfance. Réglée régulièrement à 14 ans. Rien à signaler jusqu'à 20 ans. A ce moment, la malade se marie, n'éprouvant rien d'anormal du côté de l'abdomen. Grossesse presque au début du mariage. A partir du cinquième mois, développement de l'abdomen non en rapport avec l'âge de la grossesse. Pendant toute la fin de celle-ci, le docteur P..., d'Annonay, constate une fluctuation au-devant de l'utérus, empêchant de percevoir les parties fœtales et les bruits du cœur. Accouchement sans incident, mais, un jour après, augmentation du volume du ventre qui devient douloureux. Vomissements bilieux, état de péritonisme assez marqué, température à 38, pouls très rapide. Cinq jours après, le docteur Condamin diagnostique un kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule survenue après l'accouchement. Il intervient un mois après, lorsque la période puerpérale est passée et la température abaissée.

Après l'ouverture du ventre, issue de matière colloïde répandue dans le péritoine et difficile à détacher complètement des anses intestinales. On trouve des adhérences multiples à l'intestin, à l'épiploon et à la face inférieure du foie.

Suites opératoires simples. — Actuellement, en 1903, 2 ans et 3 mois après cette intervention, la malade s'est aperçu d'une douleur dans la fosse iliaque droite. Le docteur Condamin constate, à ce niveau, une grosseur mobile non douloureuse et du volume d'une orange moyenne. En raison de l'intervention précédente, on fait le diagnostic de récidive de kyste et on opère la malade à la fin de février 1903. Après la laparotomie, on trouve que toute la cavité abdomino-pelvienne est indemne. Pas de végétations secondaires comme on devait s'y attendre, mais, dans l'intérieur du cæcum, une masse

mobile paraissant s'insérer à la base interne de l'appendice. La résection du cœcum et l'abouchement de la terminaison de l'intestin grêle au côlon ascendant devient la seule intervention rationnelle. On fait un abouchement bout à bout de l'intestin grêle au commencement du côlon ascendant au bouton de Murphy. Ceci fait, le cœcum, avec son appendice et son méso, est réséqué. Quelques petits ganglions sont trouvés dans ce dernier et enlevés avec lui. Drainage par le vagin, enlevé huit jours après, et fermeture complète de l'abdomen. Le lendemain de l'opération, la malade a une légère élévation de température qui tombe rapidement. Pendant huit jours, on la tient sous l'influence de la morphine, avec une alimentation nulle les premiers jours et seulement liquide les jours suivants. Au bout de dix-huit jours, la malade rentre chez elle.

La pièce est présentée à la séance du 19 mars 1903 de la Société de Chirurgie de Lyon. L'examen macroscopique montre une tumeur pédiculée, non ulcérée, insérée à la base interne de l'appendice. Un examen histologique hâtif conclut à une tumeur d'origine intestinale.

M. Condamin pense cliniquement qu'il s'agit d'une récurrence du kyste ovarien opéré deux ans auparavant, quoique l'examen histologique ait fait penser à une tumeur de provenance intestinale.

M. Villard pense que cette tumeur est une récurrence du kyste de l'ovaire présenté antérieurement par la malade. « Macroscopiquement, dit-il, il s'agit d'une forme de tumeur rare au niveau de l'intestin, cadrant mieux avec l'idée d'une tumeur secondaire à un kyste de l'ovaire malin. L'examen histologique a bien démontré qu'il s'agissait d'un néo à type cylindrique, mais on sait que les kystes ovariens dégénérés donnent aussi naissance à des formations épithéliales cylindriques et même caliciformes; d'ailleurs, macroscopiquement, il y avait des petits kystes. D'autre part, dans des récurrences de tumeurs ovariennes, on a pu voir des généralisations sous forme de masses solides, analogues à celles que l'on trouve en certains points des kystes ovariens malins. »

Examen histologique. — A la séance du 2 avril 1903 de la

même Société, M. Condamin apporte le résultat d'un nouvel examen histologique qui a infirmé les premières constatations faites dans un examen rapide sur des coupes par congélation. Il s'agit bien réellement d'une tumeur secondaire, généralisation cœcale de la tumeur ovarienne qui avait été enlevée précédemment chez la malade.

Dans cet examen plus complet de tout le fragment, on trouve certaines particularités histologiques qui confirment pleinement le diagnostic de récurrence d'une tumeur ovarienne. On retrouve bien, en effet, quelques cavités à revêtement épithélial cylindrique, mais à côté se trouvent d'autres cavités beaucoup plus grandes, très vastes même, au point de dépasser les limites de la coupe; quelques-unes reconnaissables seulement à une de leurs parois : mince bande conjonctive doublée d'un épithélium. C'est là un premier aspect incompatible avec l'idée d'une tumeur d'origine intestinale et bien en faveur d'une tumeur kystique d'origine ovarienne. Mais un second caractère important, le caractère capital pour le diagnostic histologique, réside dans le polymorphisme des éléments épithéliaux. On peut voir, en effet, et simultanément sur une même préparation, de belles rangées de cellules caliciformes reconnaissables à leur cupule muqueuse; puis des lignes continues de cellules cylindriques à plateau ou ciliées; en d'autres endroits, on trouve des bandes basses de cellules cubiques. Il n'est pas jusqu'à la disposition pavimenteuse des cellules que l'on n'ait trouvée, en quelques points, formant soit des amas solitaires, soit des couches profondes de soutien pour les cellules caliciformes ou cylindriques. Ces variétés différentes d'épithéliums se présentent le plus souvent en amas similaires. C'est un amas d'éléments cylindriques qui avait fait conclure à une tumeur intestinale dans le premier examen. Mais souvent aussi on voit ces différents types cellulaires voisins sur le bord d'une cavité kystique.

Ce polymorphisme du revêtement épithélial des petites cavités kystiques caractérise, au point de vue histologique, les productions végétantes du kyste de l'ovaire. Les constatations histologiques obligent donc à rattacher cette tumeur à l'ovaire, ce que les raisons cliniques et macroscopiques de la pièce im-

posaient. Cette tumeur doit donc être considérée comme une métastase d'une tumeur végétante de l'ovaire.

Suites éloignées. — En 1905, la malade est atteinte de deux autres récidives cancéreuses adhérentes et fixées à la paroi abdominale, nécessitant une troisième intervention.

En 1911, nouvelles récidives au sternum et au cerveau, entraînant la mort de la malade.

OBSERVATION IV

Appendicite calculeuse et greffe appendiculaire d'un kyste végétant de l'ovaire droit. (CÉSAR, Société anatomique de Paris, janvier 1914, in *Arch. de Gynécol. et d'Obst.*, 1914-1915, p. 288.)

Mme X..., âgée de 38 ans. Deux gestations normales, à terme. A la troisième, son ventre est plus volumineux que pour les autres et on pense à une grossesse gemellaire. Elle accouche d'un seul enfant. Les jours qui suivent, le ventre reste très gros. On fait le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Opération. — Très gros kyste végétant de l'ovaire droit. L'appendice, très adhérent, contient un calcul gros comme une noisette, qui distend sa lumière à la partie moyenne. Il porte à sa base une greffe de kyste végétant. L'étude des coupes histologiques ne permet pas de conclure s'il s'agit d'une greffe faite par continuité, comme elle aurait pu se faire sur un point quelconque du péritoine, ou bien s'il s'agit d'une métastase par voie lymphatique, ce qui serait un fait beaucoup plus rare.

OBSERVATION V

Tumeur végétante de l'ovaire droit. — Généralisation à l'appendice.
(HARTMANN et BINET, *Arch. de Gyn. et Obst.*, mars-avril 1918.)

Mme X..., 56 ans, opérée le 18 mars 1908 pour une tumeur abdominale kystique, accompagnée de réaction péritonéale

subaiguë, de douleurs assez vives et ayant déterminé un amaigrissement considérable.

Incision médiane sous-ombilicale. L'épiploon adhère à la paroi abdominale antérieure, au niveau de la partie inférieure de l'incision. Il est soulevé par une masse gélatineuse ayant l'aspect de gelée de groseilles blanches. On relève l'épiploon et on évacue de l'abdomen une grande quantité de liquide gélatineux venant par paquets demi-solides. On voit alors qu'il existe à droite un kyste ovarique multiloculaire, dont une poche est largement ouverte et laisse voir, dans son intérieur, une tumeur bourgeonnante grisâtre du volume du poing. Libération possible de la poche kystique qui adhère à la face postérieure du ligament large et à la paroi latérale droite du pelvis. A gauche, ovaire d'apparence normale; il existe une hydrosalpingite. Hystérectomie subtotala avec ablation bilatérale des annexes. Résection de l'épiploon; l'appendice, adhérent à la tumeur, dilaté, kystique, est enlevé. Fermeture de la paroi abdominale sans drainage.

Guérison sans incident.

Suites éloignées. — La malade, après avoir été à peu près bien pendant six ans, recommence à souffrir du ventre et à s'affaiblir. Au mois de novembre 1914, le ventre est un peu augmenté de volume et il existe dans l'hypogastre une zone de matité qui s'étend vers les fosses iliaques, un peu plus à gauche qu'à droite, se terminant supérieurement par un contour sinueux, convexe en haut d'une manière générale. Il n'y a pas, à proprement parler, de tumeur nette au palper. On a une vague sensation de flot, plutôt de tremblement. La malade est très amaigrie, on juge une nouvelle intervention impossible. Mort par affaiblissement progressif en 1915, sept ans après l'opération.

Examen histologique. — L'examen de l'appendice, pratiqué par M. Lecène, montre que la cavité de l'appendice, dont les dimensions dépassent celles d'une grosse olive, est remplie par une substance hyaline qui se colore en violet clair par l'hématoxyline. La muqueuse est réduite à une seule assise de cellules épithéliales formée de cellules cylindriques hautes,

mélangées à un grand nombre de cellules caliciformes contenant des grains de substance hyaline.

OBSERVATION VI

Tumeur végétante des ovaires. — Propagation à l'appendice et au rectum.

(Observation due à l'obligeance de M. le D^r ALBERTIN.)

PLANCHE III

Mme P..., 48 ans, Oullins. Père mort à 65 ans. Mère vivante, 90 ans. Deux frères, trois sœurs en bonne santé.

Rougeole dans l'enfance. Réglée à 14 ans, toujours régulièrement. Pas de pertes blanches. Une fausse couche il y a dix ans (à deux mois et demi). Un fils et deux filles bien portants. Ménopause à 47 ans. L'affection actuelle remonte à dix ans; la malade qui, à ce moment, consulte pour sa fausse couche, apprend de son médecin qu'elle a un petit fibrome. A l'heure actuelle, elle présente une énorme tumeur remontant jusque dans l'hypocondre droit. La malade est très constipée, elle ne va à la selle qu'avec des purgatifs. La malade a eu, cette année, une hémorragie qui a duré une dizaine de jours. La miction est quelquefois difficile.

A la palpation abdominale, on sent une masse dure et bosselée, occupant toute la région hypogastrique et remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Dans la partie droite de l'abdomen, on sent une masse plus fluctuante paraissant indépendante de la précédente.

Au toucher, on sent le col utérin très remonté. Le toucher, combiné à la palpation abdominale, permet de retrouver les deux tumeurs précédentes qui sont indépendantes de l'utérus.

Intervention le 27 mai 1914. — Il s'agit d'une tumeur bilatérale végétante des ovaires, avec une généralisation à l'appendice. On trouve également de nombreux noyaux dans l'épi-

ploon. Tout le rectum est également envahi, de même que la terminaison de l'S iliaque.

Dans un premier temps, on fait une castration totale, puis on enlève l'appendice. Dans un troisième temps, on désinsère le sphincter. Dans un quatrième temps, on enlève tout le rectum par la voie abdominale, et enfin, dans un cinquième temps, on abouche l'intestin à la région anale.

Durée totale de l'intervention : 2 h. 10.

Choc opératoire assez intense.

Décès à 16 h. 15.

Examen histologique du D^r Bouchut. — Il paraît bien s'agir d'un cancer primitif de l'ovaire. Cet organe renferme de très nombreux petits îlots de cellules épithéliales disséminées entre les fibres conjonctives. Sur l'appendice, on retrouve les mêmes formations. Sur le rectum, on voit encore les mêmes productions épithéliales, développées surtout dans le péritoine et la musculuse.

OBSERVATION VII

Tumeur kystique mucoïde de l'ovaire gauche, rompue dans la cavité abdominale. — Généralisation à l'appendice du processus néoplasique.

(Observation due à l'obligeance de M. le D^r ALBERTIN, et rapportée à la Société de Chirurgie de Lyon, séance du 1^{er} juillet 1909.)

Mme C..., 64 ans, n'a jamais présenté, notamment du côté de son système génital, aucun trouble digne de remarque. Quatre enfants. Ménopause à 48 ans.

Il y a cinq ans, la malade s'aperçut que son ventre augmentait progressivement de volume. Elle n'accorda d'abord à ce fait que peu d'attention, mais, il y a deux mois et demi environ, apparurent des douleurs abdominales assez vives et, tout

récemment, un œdème des membres inférieurs; c'est là ce qui décida la malade à venir à la consultation

On constatait, à l'examen, une augmentation de l'abdomen qui bombait fortement, projetant en avant la région sous-ombilicale et faisait immédiatement penser à un kyste de l'ovaire. Mais la palpation ne permettait de sentir aucune tumeur. Il existait un flot discret et une matité antérieure péri-ombilicale avec sonorité dans les flancs, rappelant plutôt la matité d'un kyste que celle de l'ascite. Le diagnostic était incertain. L'état général, l'âge de la malade, l'œdème des membres inférieurs faisaient plutôt penser à une tumeur avec ascite. Mais les signes physiques contre-indiquaient ce diagnostic. Pour le trancher, le docteur Albertin pratiqua la paracentèse abdominale, qui permit de retirer, par aspiration, deux centimètres cubes environ d'un liquide gélatineux. On avait donc affaire à un épithélioma mucoïde de l'ovaire. Le docteur Albertin pratiqua aussitôt une laparotomie sous-ombilicale. De l'ouverture du péritoine s'échappa une énorme quantité (12 litres environ) de liquide gélatineux. On put apercevoir la poche kystique rompue. Elle était revenue considérablement sur elle-même et située à gauche de l'appendice. Elle était donc développée aux dépens de l'ovaire gauche et n'adhérait nullement aux organes voisins. L'utérus était de volume et d'aspect normaux, et les annexes droites paraissaient eux-mêmes normaux. Mais, au-dessus et en contact avec lui, existait une masse globuleuse ayant la forme et l'aspect d'un œuf de poule, qui n'était autre que l'appendice hypertrophié et atteint lui aussi de dégénérescence mucoïde. Le docteur Albertin pratiqua une hystérectomie subtotale et enleva en même temps, tout d'une pièce, l'appendice adhérent aux annexes droites. La cavité abdominale fut ensuite nettoyée et l'exsudat gélatiniforme retiré avec soin de l'abdomen. Dans un dernier temps, avant de procéder à la péritonisation, il réséqua, sur le péritoine pariétal postérieur, au niveau de la fossette ovarique, un placard surélevé, des dimensions environ d'une pièce de 5 francs, et qui n'était autre qu'une généralisation au péritoine de la néoplasie. Une seconde plaque indurée se trouvait sur le ligament large droit. Elle fut enlevée facilement.

La pièce enlevée montre un utérus normal; à droite, les annexes sont sains et, appendu à eux, se trouve l'appendice, avec l'aspect décrit plus haut. A gauche, accolée au flanc latéral de l'utérus, on voit la poche kystique revenue sur elle-même, mais ayant encore le volume d'un gros poing. Dans la paroi kystique est englobée la trompe gauche. Cette paroi, lisse à l'extérieur, est villeuse sur sa face interne. *

Suites éloignées. — Les suites opératoires furent bonnes et la guérison se maintint pendant cinq ans. En octobre 1914, la malade succombe à des phénomènes d'occlusion intestinale pouvant vraisemblablement être mis sur le compte d'une généralisation de la néoplasie.

OBSERVATION VIII

Epithélioma mucoïde des ovaires, avec généralisation au péritoine, à l'appendice et à la paroi abdominale.

(L. HONTANG, in *Bulletin de la Société anatomique*, séance du 3 juin 1887, in thèse Hadjes.)

R..., Marie, 69 ans, ménagère, entrée le 9 juin 1887 à Beaujon, salle Saint-Martin, n° 9, service de M. Millard.

Pas d'antécédents héréditaires à noter. Pas de grossesse, ménopause à 51 ans. Bonne santé jusqu'à il y a six mois, époque à laquelle la malade a commencé à avoir des palpitations et de l'oppression, l'obligeant à dormir assise sur son lit. Depuis trois semaines, œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale; elle n'avait pas, affirme-t-elle, le ventre volumineux auparavant.

A son entrée, elle présente des symptômes d'asystolie très accentués : anasarque, arythmie cardiaque, cyanose, bronchite généralisée, albuminurie légère. Le régime lacté et la digitale en macération amènent assez rapidement une diminution notable de l'œdème. Mais, le ventre restant volumineux et des signes d'épanchement étant constatés, on se décide à pratiquer la ponction. Cependant, on remarque que la sensation de flot est peu nette et que le liquide ne se déplace pas avec les chan-

gements de position de la malade. C'est ainsi que le côté droit de l'abdomen reste toujours mat même lorsque la malade est couchée sur le côté gauche.

La ponction faite le 18 mai, à droite, au point d'élection, ne donne qu'une petite quantité de liquide gélatineux ressemblant à de la gelée de pommes et qui s'écoule très lentement. On pense qu'on a pénétré dans un kyste de l'ovaire passé inaperçu jusqu'alors, la palpation de l'abdomen étant rendue très difficile par l'œdème de la paroi. Le toucher vaginal ne donne aucun renseignement. Les jours suivants, les symptômes d'asystolie s'accroissent; on reconnaît qu'il s'est développé dans la paroi abdominale, au point de la ponction, une tumeur aplatie, bosselée, du volume d'une noix. De plus, on constate la présence d'une tumeur analogue, plus petite, intrapariétale, située au niveau de la cicatrice ombilicale, et qui n'avait pas été vue jusqu'alors. Le développement rapide de ces deux tumeurs fait penser à M. Millard qu'on est en présence d'une tumeur maligne des organes du petit bassin, avec généralisation à la paroi abdominale.

La malade meurt le 29 mai des progrès de son asystolie.

Autopsie. — Hypertrophie cardiaque avec dilatation, insuffisance mitrale par dilatation sans lésions valvulaires.

À l'ouverture de l'abdomen, on trouve la cavité péritonéale remplie d'un liquide gélatiniforme jaune, semblable à de la gelée de pommes, libre dans la cavité et dont la quantité peut être évaluée à 5 ou 6 litres. Ce liquide étant évacué, on voit apparaître une tumeur volumineuse partant de la cavité pelvienne et remontant jusqu'au-dessous de l'ombilic. Cette tumeur est arborescente, formée de masses arrondies de volume variable, de consistance gélatineuse, tremblotante, de couleur rosée, avec des arborisations vasculaires à sa surface, sans adhérences aux viscères abdominaux.

Les organes pelviens étant enlevés en masse, on reconnaît que l'utérus est sain, mais on ne trouve plus de trace des ligaments larges, des ovaires ni des trompes. Sur les côtés de l'utérus existent deux masses de consistance plus

dure que le reste de la tumeur et qui, à la coupe, paraissent formées d'un stroma circulaire, dur, fibreux, dont les cavités sont remplies de liquide gélatineux. De ces masses en partent d'autres plus volumineuses, n'ayant plus de stroma fibreux, mais constituées uniquement par une paroi mince renfermant du liquide gélatineux. L'intestin, un peu rétracté, a sa paroi épaissie de coloration grise, avec un piqueté noirâtre: pas d'adhérences des anses entre elles. L'appendice cœcal est très développé, il a acquis le volume d'une anse d'intestin grêle, il ne communique plus avec le cœcum. Sa cavité est remplie d'un liquide colloïde, assez consistant. A son extrémité inférieure existe une tumeur végétante aréolaire absolument semblable aux masses situées sur les côtés de l'utérus. Le ligament suspenseur du foie présente, entre ses deux feuillets, une infiltration de substance gélatineuse. Quant aux deux tumeurs de la paroi abdominale, elles sont aussi constituées par de la substance gélatineuse.

Examen histologique. — L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma polykystique à cellules cylindriques. Le stroma de la tumeur est constitué par un tissu fibreux jeune, limitant des aréoles dont la surface est tapissée de cellules cylindriques, avec un grand nombre de cellules caliciformes. Le liquide gélatineux amorphe renferme un grand nombre de cellules, les unes arrondies, la plupart cylindriques et caliciformes, libres ou réunies en séries, provenant de la desquamation des cavités kystiques. La présence de ce revêtement de cellules cylindriques dans les kystes fait penser que le point de départ de la tumeur doit être sur les ovaires, et que l'on est en présence d'un épithélioma mucoïde de l'ovaire.

La généralisation a été manifeste d'abord au niveau de l'appendice iléo-cœcal, où existe une tumeur aréolaire déjà ancienne, ensuite dans le ligament suspenseur du foie et dans la paroi abdominale.

Quant au liquide contenu dans le péritoine, il provenait vraisemblablement de la rupture de grosses poches kystiques, analogues à celles qui forment la partie supérieure de la tumeur.

OBSERVATION IX

*Tumeur végétante de l'ovaire droit. — Généralisation
à l'iléon et au méso-appendice.*

(Observation due à l'obligeance de M. le Dr ALBERTIN.)

Mme B..., Catherine, Lyon, 44 ans. Aucune maladie antérieure, pas d'enfant, pas de fausses couches. Réglée à 15 ans, un peu irrégulièrement. Ménopause il y a un an. La malade vient consulter parce que son ventre s'est mis à grossir depuis un an, la gênant plutôt que ne lui infligeant des douleurs véritables. Pas de pertes rouges ni blanches. Pas de coliques; simple sensation de gêne et de pesanteur; un peu de constipation; mictions normales. Quelques troubles gastro-intestinaux. Etat saburral des premières voies digestives.

Le col est gros, il est fixé en arrière. Les culs-de-sac latéraux sont comblés par une masse dure, bosselée, ayant la consistance d'un fibrome. La palpation abdominale, combinée au toucher vaginal, révèle l'existence d'une tumeur abdominale dure, irrégulière, déjetée vers la gauche et remontant jusqu'à l'ombilic. Elle est peu mobile. Il ne semble pas qu'il y ait d'ascite. Le diagnostic peut, semble-t-il, être circonscrit entre une tumeur de l'ovaire et un fibrome.

Intervention, 27 octobre 1909. — On trouve, à la laparotomie, une volumineuse tumeur végétante de l'ovaire, enclavée dans le bassin et adhérente aux organes abdominaux pelviens. On trouve, sur l'intestin, plusieurs noyaux de généralisation, de grosseur variable, notamment sur le grêle, dont la lumière est considérablement rétrécie. A l'appendice sont appendues deux ou trois petites masses néoplasiques.

Ablation de l'appendice. Résection de l'anse intestinale rétrécie pour parer à une occlusion. Un kyste ovarique, de la grosseur d'une orange, est ponctionné. Mais les adhérences

multiples de la tumeur font qu'on ne peut songer à l'enlever. Entérorraphie au bouton de Murphy.

Examen histologique. — L'examen de la tumeur de l'intestin grêle montre qu'il s'agit d'un épithélioma. En certains points, on voit de grandes alvéoles remplies de grosses cellules épithéliales, sans aucune ordonnance, si bien qu'on ne peut dire, d'une façon certaine, étant donné ces points atypiques, s'il s'agit d'un épithélioma à point de départ intestinal, ou d'un épithélioma d'origine ovarique. Mais, en d'autres points, les cellules se disposent en plusieurs rangées à la périphérie de l'alvéole; l'architecture rappelle alors celle de l'épithélioma kystique végétant de l'ovaire. De sorte que la tumeur intestinale paraît bien être secondaire à la tumeur ovarique.

CONCLUSIONS.

I. — Les tumeurs ovariennes malignes épithéliales, du type mucoïde ou du type végétant, peuvent se propager à l'appendice iléo-cæcal ou quelquefois se généraliser par voie lymphatique au même organe.

II. — Cette éventualité paraît accentuer les troubles gastro-intestinaux habituels dans cette affection. Néanmoins, le diagnostic précis sera extrêmement difficile à poser.

III. — L'intervention chirurgicale s'adressera à la tumeur principale ovarienne et à la tumeur secondaire appendiculaire.

Le Président de la thèse,

PAVIOT

Vu :

Le Doyen,

Jean LÉPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 24 janvier 1921.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université.

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

L. JOSSERAND

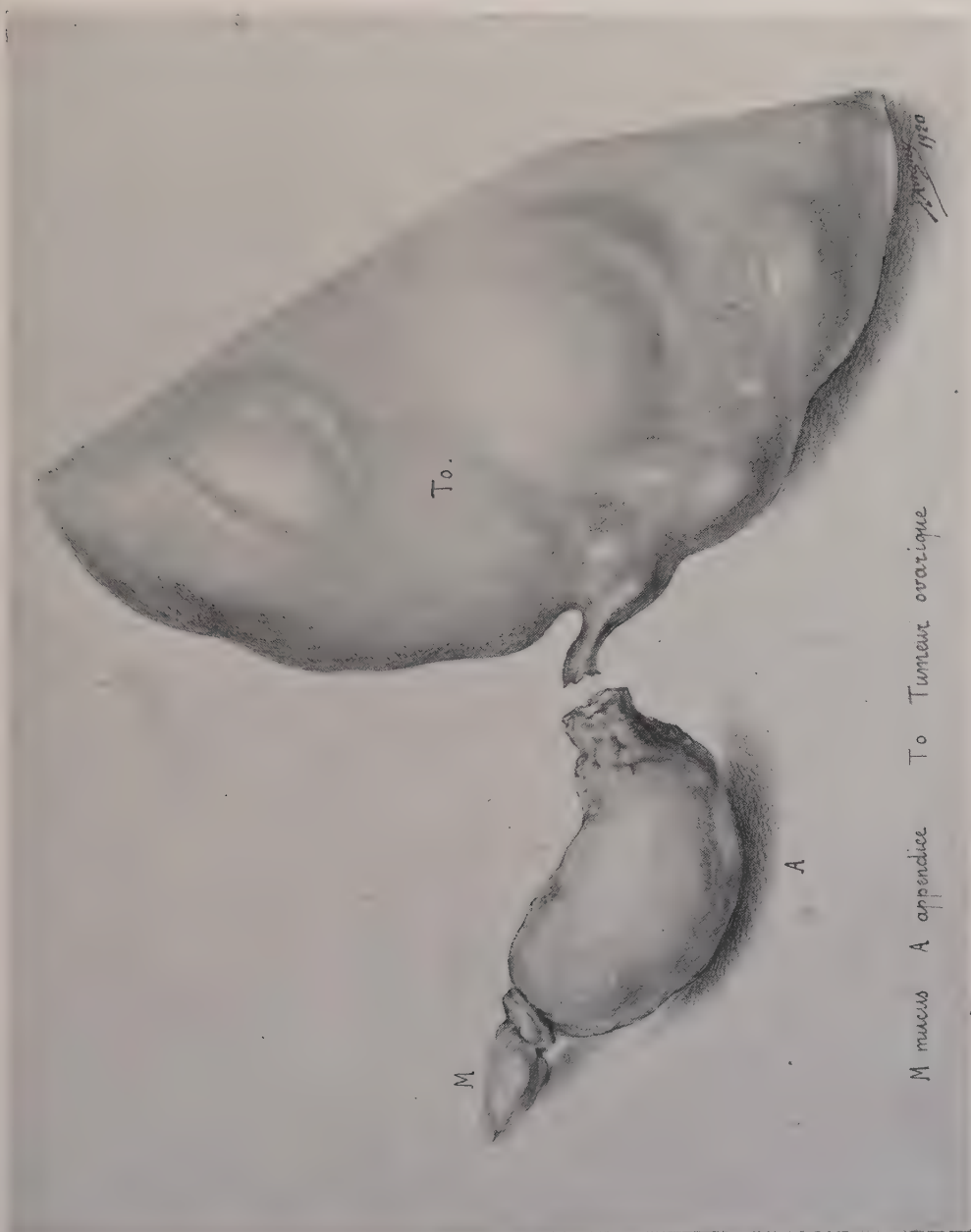


PLANCHE I

OBSERVATION I. — Epithélioma mucoïde de l'ovaire droit avec généralisation à l'appendice — Tumeur ovarique énorme. — Reproduction du type de la tumeur dans l'appendice par l'orifice de section duquel s'écoule le mucus gélatineux.

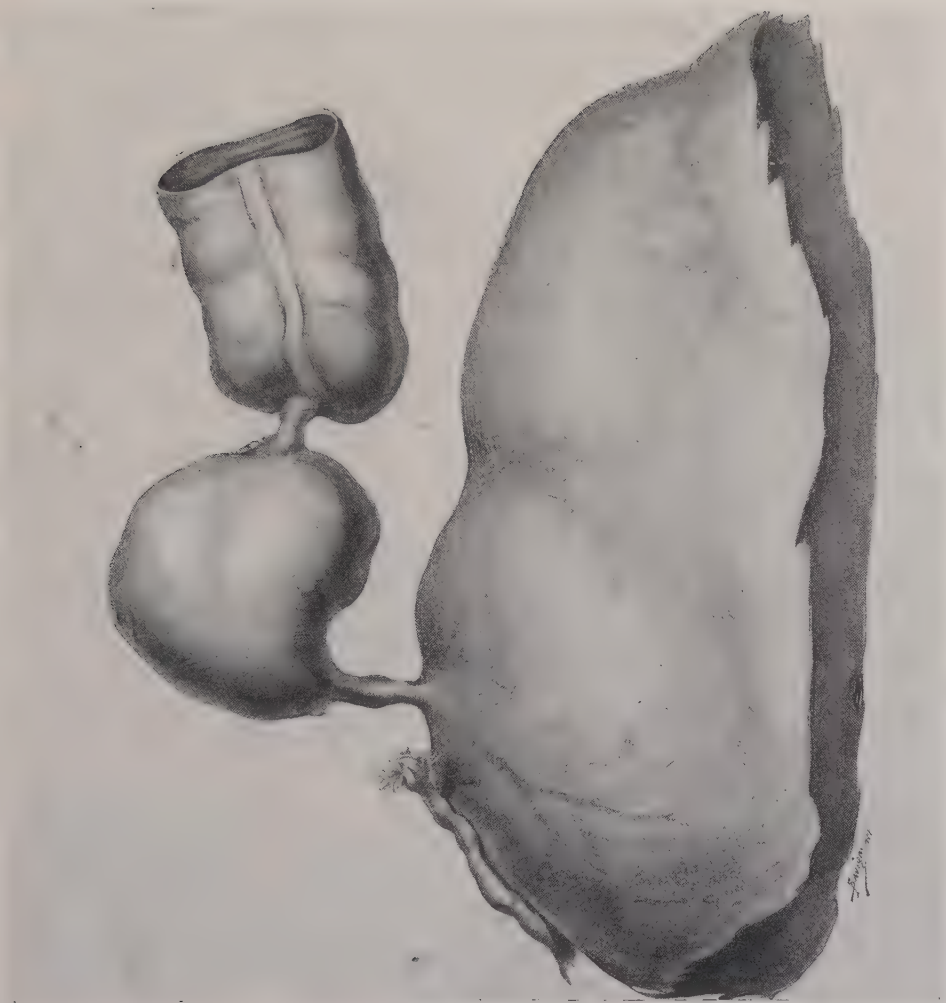


PLANCHE II

OBSERVATION II. — Epithélioma mucoïde de l'ovaire droit généralisé à l'appendice. — La tumeur ovarique, à la surface de laquelle se voit la trompe droite, est reliée par des adhérences à la tumeur appendiculaire.



PLANCHE III

OBSERVATION VI. — Tumeur végétante des ovaires, généralisation à l'appendice et au rectum. — La tumeur ovarique située à droite a été ouverte d'un coup de ciseaux. — Au centre de la gravure se trouve le rectum; à la partie inférieure et de chaque côté on voit l'appendice sectionné suivant son axe longitudinal; en bas ganglions néoplasiques.

BIBLIOGRAPHIE

ALBERTIN. — Tumeur mucoïde de l'ovaire gauche rompue dans la cavité abdominale. — Généralisation à l'appendice du processus néoplasique (*Lyon Chirurgical*, 1909, tome II, page 507).

BARNSEY. — Du ligament appendiculo-ovarien (*Bulletin de la Société anatomique*, 1898).

— Appendicite et annexite (*Thèse*, Paris, 1897-1898).

BÉRARD et VIGNARD. — L'appendicite. — Etude clinique et critique (Masson et C^{ie}, éditeurs, Paris, 1914).

BÉRARD, *in* Dormoy. — Appendicite à forme pelvienne (*Thèse*, Lyon, 1897).

BESSON. — Appendicite et salpingo-ovarite (*Thèse*, Montpellier, 1894-1895).

BROUARDEL et GILBERT. — Traité de médecine, tome XIII.

BRUNHS. — Ueber die Lymph. der Weibl. Genitalien. (*Arch. f. Anat. und Phys.*, 1898).

M. CERNÉ. — De la malignité des kystes de l'ovaire. — IV^e Congrès national d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie (*in Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1904, page 433).

A. CÉSAR. — Appendicite calculeuse et greffe appendiculaire d'un kyste végétant de l'ovaire (*Société anatomique de Paris*, janvier 1914).

CLADO. — L'appendice iléo-cœcal (Mémoire de la *Société de Biologie*, 1892).

- COE. — Appendicite compliquée de suppuration des annexes (*New-York Polyclinique*, 1894).
- CONDAMIN. — Tumeur intracœcale apparue deux ans après une ovariectomie du côté droit. — Résection du cœcum (*Lyon médical*, 1903).
- L'appendice iléo-cœcal (*Province Médicale*, n° 8, 21 février 1891, page 89).
- CORNIL et RANVIER. — Manuel d'histologie pathologique.
- CORNING. — Traité d'anatomie pathologique.
- CRAIG. — Clinical experiences with the appendiculo-ovarian ligament (*Journal of American Medical Association*, 1904).
- DELAGENIÈRE.¹ — (*Annales de Gynécologie*, 1900. — *Archives provinciales de Chirurgie*, 1900.)
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.
- DURAND. — Le ligament ilio-ovarien (appendiculo-ovarien de Clado). — Contribution à l'étude du ligament large (*Progrès Médical*, 6 juillet 1895, tome II, n° 27).
- J.-L. FAURE. — Salpingite et appendicite (*in Leçons de clinique et de technique chirurgicales*, Paris, 1905).
- FUETH. — (*Zentralblatt für Gynaekologie*.)
- GUILLARD. — De l'appendicite chez la femme (Thèse, Paris, 1901).
- HADJÈS, Alfred. — Contribution à l'étude de la généralisation des épithéliomas mucoïdes de l'ovaire (Thèse, Paris, 1888-1889).
- H. HARTMANN. — Appendicite et annexite (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1908, page 65).
- H. HARTMANN et BINET. — (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, mars, avril 1918).
- HASSE. — (*Arch. f. Gynaek.*, Bd VIII, S. 402.)

- HEATON. — (*Annales de Gynécologie*, 1900.)
- KELLY and HURDON. — The vermiform appendix and its diseases (*Philadelphia and London*, 1905).
- KEMHADJIAN. — Le cancer de l'appendice iléo-cœcal (*Thèse*, Paris, 1911-1912).
- KOSTANECKI. — Ligamentum appendiculo-ovaricum (Cladø). — Une brochure, Cracovie, 1910.
- KRUGER. — Appendicitis und ihre Beziehungen zu den weiblichen genital Organen (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Band XLV, 1897, S. 401, 433).
- LABADIE-LAGRAVE, LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.
- LAFFORGUE. — Recherches anatomiques sur l'appendice vermiforme du cœcum (*Journal international d'Anatomie et de Physiologie*, 1893).
- LAPEYRE. — Appendicite chronique et ovaires scléro-kystiques (*Gazette médicale du Centre*, 15 juillet 1913).
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie.
- F. LEGUEU. — Appendicite et annexite (*in Leçons de clinique chirurgicale*, page 199, Paris, 1902).
- LEJARS. — Diagnostic des épithéliomas kystiques des ovaires (*Semaine Médicale*, 5 février 1908).
- LEROY. — Diagnostic différentiel de l'appendicite et des affections péri-utérines (*Thèse*, Paris, 1897-1898).
- R. LÉVY. — Sur les rapports de l'appendice cœcal avec les affections utéro-annexielles (*Thèse*, Montpellier, 1919).
- LOCKWOOD. — Note upon the lymph. of vermiform appendix (*Journal of Anatomy and Physiology*, 1900, tome XXXIV, page 13).
- MALASSEZ. — (*Arch. de Physiologie*, 1875, page 132.)
- POIRIER. — Traité d'anatomie.

POUPINEL. — De la généralisation des kystes et des tumeurs de l'ovaire (*Thèse*, Paris, 1885-1886).

QUÉNU. — Anatomie pathologique des kystes non dermoïdes de l'ovaire (*Thèse*, Paris, 1881).

ROSTHORN. — (*Münchener Mediz. Wochenschrift*, 1909.)

ROUGET. — (*Journal de Physiologie de Brown-Séquard*, 1858.)

SAMBON. — Contribution à l'étude du cancer iléo-cœcal (*Thèse*, Paris, 1899-1900).

SEGOND. — Appendicite et maladies des annexes (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1909, page 596).

SCHULTZE. — (*Arch. f. Gynaek.* Bd IX, S. 262.)

DE SINÉTY et MALASSEZ. — (*Bulletin de la Société anatomique*, 1876, page 540. — *Archives de Physiologie*, 1878, pages 59 et 343; 1879, page 624; 1880, page 867; 1881, page 224.)

SOULIGOUX. — Cité par Barnsby.

STICKEL. — (*Arch. für Gynaekologie*, 1906, Band 79, Heft 3, S. 605.)

TESTUT. — Traité d'anatomie descriptive.

TESTUT et JACOB. — Traité d'anatomie topographique.

TIXIER et VIANNAY. — Note sur les lymphatiques de l'appendice iléo-cœcal (*Lyon Médical*, 1901, tome I, page 471).

TRAPIER. — Traité d'anatomie pathologique générale.

VALLIN. — *Thèse*, Paris, 1887.

VIRCHOW. — Das Eierstock colloïd (*Verh. der G. f. Geb. in Berlin*, 1848, Bd III, S. 203).

WALDEYER. — Die Eierstockskystome (*Arch. für Gyn.*, 1872, Bd I, S. 252).

WALTHER. — (*Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, Paris, 1900, tome III, page 268.)

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
INTRODUCTION	9
CHAPITRE I. — Rapports anatomiques entre les ovaires et l'appendice	13
CHAPITRE II. — Solidarité pathologique des ovaires et de l'appendice	18
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique.....	27
CHAPITRE IV. — Symptomatologie. — Evolution. — Dia- gnostic	33
CHAPITRE V. — Indications thérapeutiques.....	37
CHAPITRE VI. — Observations.....	41
CONCLUSIONS	57
3 PLANCHES (Hors texte).	
BIBLIOGRAPHIE	59
